

記入例

提出日 令和 2 年 10 月 1 日

療養費 (付加金) 支給申請書
家族療養費 (第 1 回)

氏名コード	1 2 3 4 5	保険証番号	記号	1	0	0	番号	1	2	3	4	5	所属部署
被保険者氏名	大発 太郎			現住所・連絡先	(〒 563 - XXXX) 大阪府池田市〇〇 1-2-3-101							池組立	
受診者	ダイハツ ハナコ				自宅電話 072 - 000 - 0000							室/課 グループ/組	
	大発 花子				携帯電話 090 - 0000 - 0000							1 2 3 内線電話 (661-0000)	
受診者の生年月日		続柄		傷病名							発病または負傷年月日		
<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		55 年 4 月 1 日		妻		左膝外側半月板損傷					<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 2 年 9 月 10 日		
発病の原因および経過 (詳しく)		<input type="checkbox"/> 病気 <input checked="" type="checkbox"/> ケガ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 (原因および経過を具体的に記入してください) 自宅の階段で足を滑らせた。(自損)											
診療を受けた期間		<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和					2 年 9 月 10 日 から 2 年 9 月 30 日まで 8 日間					通院および入院治療 <input checked="" type="checkbox"/> 通院治療 <input type="checkbox"/> 入院治療	
装具装着日		<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和			2 年 9 月 11 日		支払った金額 (領収書の金額)		11,000 円			受診者は市町村から医療費助成を受けていますか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
申請理由		<input checked="" type="checkbox"/> コルセット等の治療用装具を購入したため <input type="checkbox"/> 治療用メガネ等を購入したため <input type="checkbox"/> 医師の同意を得て、あんま・はり・灸の施術を受けたため <input type="checkbox"/> 保険証を持参していなかったため <input type="checkbox"/> その他 ()							今回の申請は、第三者行為に該当しますか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				
チェックシート (注意) 申請前に必ずチェックしてください。													
申請書に右記の書類が添付されていますか?		【治療用装具および治療用メガネ申請の方】 <input checked="" type="checkbox"/> 医師の意見書・装具装着証明書 (1~2枚) <input type="checkbox"/> 靴型装具は写真を添付 <input checked="" type="checkbox"/> 領収書・領収明細書 (受診者の氏名が明記されているもの) *原本 【あんま・はり・灸申請の方】 <input type="checkbox"/> 療養費支給申請書 (施術所で発行しているもの) *原本 <input type="checkbox"/> 初回申請者は、医師の同意書 (以降、6か月毎に再同意書を添付) <input type="checkbox"/> 領収書・領収明細書 (受診者の氏名が明記されているもの) *原本 【保険証不携帯の方】 <input type="checkbox"/> 診療・(調剤)報酬明細書 (レセプト) (診療内容・傷病名が記載されているもの) <input type="checkbox"/> 領収書・領収明細書 (受診者の氏名が明記されているもの) *原本											

本人記入欄

私の受ける給付金の受領方を事業主に委任します

令和 2 年 10 月 1 日

ダイハツ健康保険組合理事長殿

上記のとおり申請致します。

受付